

TRATAMENTO DE ABDOME AGUDO VASCULAR POR VIA ENDOVASCULAR: RELATO DE CASO

Lucas de A. Rodrigues¹, Martha T. C. Ikeda², Ana L.S. Aidar³, Douglas S. Dias³, Arthur C. Baston³, Daniel G. Cacione⁴

1. Acadêmico do 6o ano de Medicina da UNIFESP/EPM; 2. Médica formada pela Universidade de Santo Amaro (UNISA)
3. Residente da disciplina de cirurgia vascular e endovascular da UNIFESP/EPM
4. Professor afiliado da disciplina de cirurgia vascular e endovascular da UNIFESP/EPM

INTRODUÇÃO

A isquemia mesentérica é iniciada com a diminuição da perfusão dessa circulação sendo, na maioria das vezes, a artéria mesentérica superior acometida [1], ocasionando danos isquêmicos pela insuficiência de demanda metabólica [2]. A média de idade dos pacientes com trombose de artéria mesentérica é de 70 anos, e predomínio do sexo feminino. Apresenta alta mortalidade, superando a taxa de 70% de óbitos [3]. É importante ressaltar o predomínio da etiologia arterial, sendo encontrada em 65% das vezes em comparação a 28% venosa e 7% não oclusiva [4].

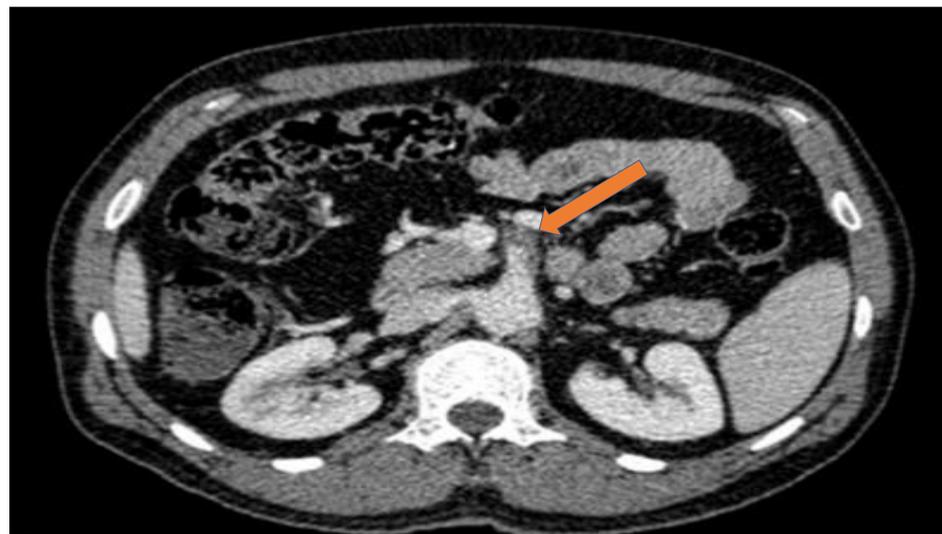
RELATO DE CASO

Homem, 44 anos, deu entrada no serviço de emergência com queixa de dor abdominal súbita epigástrica, iniciada há 1 hora da entrada, após café da manhã, associada a episódios de vômitos de conteúdo alimentar. Negava outras queixas, comorbidades e /ou episódios similares anteriormente, sem relato de cirurgias prévias. Além disso, tabagista 3 maços/ano e referia último uso de cocaína há 3 anos. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, pressão arterial de 196 x 115 mmHg, frequência cardíaca de 60 bpm, membros inferiores sem lesões ou gradiente térmico, índice de massa corpórea (IMC) 21 kg/m², *American Society of Anesthesiologists* (ASA) 1. O abdome encontrava-se globoso, flácido, com dor difusa à palpação e descompressão brusca negativa em todos os quadrantes.

Nos exames laboratoriais da admissão, evidenciou-se eritrocitose (hemácias: 18,8 g/dL, hematócrito: 54%), com amilase e lipase discretamente acima do limite superior de normalidade (amilase: 123 U/L, lipase 80 U/L). Foi realizado primeiramente tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste demonstrando suboclusão da artéria mesentérica superior (**Figura 1a e 1b**). Optou-se inicialmente pela heparinização plena na admissão e avaliação do paciente pela cirurgia vascular. Posteriormente, realizada a cateterização da artéria mesentérica superior e, após injeção de contraste, visualizada falha de enchimento em 70% da luz em porção médio-proximal com evidente prejuízo da contrastação de seus ramos distais (**Figura 2**). Foi indicada tratamento endovascular por fibrinólise intra arterial com alteplase na dose de 3mg infundidos em 10 minutos e manutenção do cateter com gotejamento a 0,5 ml/h. na tentativa de restabelecer o fluxo da artéria mesentérica superior e evitar infarto intestinal extenso.

Após 24h de fibrinólise intra arterial, realizado controle arteriográfico em centro cirúrgico e visualizada artéria mesentérica superior com bom escoamento de contraste desde o segmento anteriormente comprometido até ramos distais (**Figura 3**). Uma vez interrompida fibrinólise intra arterial, foi realizada heparina em bomba de infusão contínua até a alta hospitalar (dez dias de internação). Não apresentou sangramentos e intercorrências hematológicas na evolução.

Prosseguiu-se com investigação da etiologia do fenômeno tromboembólico, visto que paciente era jovem e previamente hígido, sem causas aparentes que justificassem o quadro. Foi realizado ecocardiograma transtorácico, que não evidenciou trombos intracavitários ou alterações na função cardíaca. Tendo em vista a atual pandemia de coronavírus, a equipe de medicina intensiva realizou pesquisa pela técnica de PCR-RT (COVID-19) com coleta por swab nasal, embora paciente não tivesse sinais e sintomas clássicos, essa doença ainda é pouco conhecida, podendo justificar o quadro tromboembólico. No entanto, prova e contraprova vieram negativas. Equipe de hematologia fez investigação da policitemia e, após estudo medular, resultado anatomopatológico contribuiu para diagnóstico de neoplasia mieloproliferativa.



Figuras 1b. Tomografia de abdome e pelve com contraste intravenoso..1b apresenta corte coronal evidenciando redução intraluminal da AMS (seta laranja)

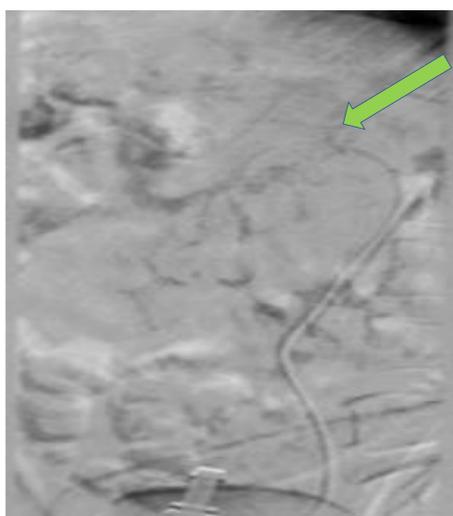


Figura 2. Imagem de arteriografia demonstrando pouca contrastação de AMS e seus ramos (seta verde)



Figura 3. Imagem de arteriografia demonstrando melhor contrastação de AMS e seus ramos após bolus de Actilyse (seta amarela)

DISCUSSÃO

Relatou-se acima um caso de paciente com abdome agudo vascular devido a estenose hemodinamicamente significativo da artéria mesentérica superior, de causa embólica, que deu entrada no pronto-socorro uma hora após início dos sintomas e foi prontamente diagnosticado. Tendo em vista o curto período de evolução do quadro e ausência de necrose de alças intestinais evidenciados por exames diagnósticos foi optado por tratamento endovascular.

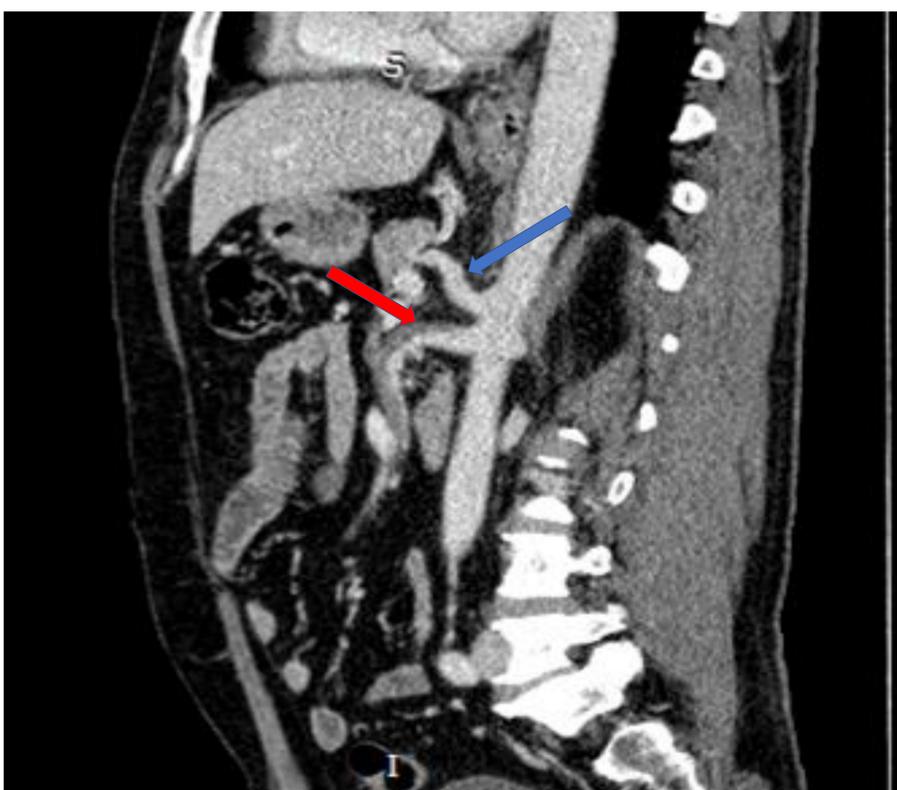
Na literatura, há poucos estudos científicos que estabeleçam uma indicação clara de quando realizar o tratamento endovascular. Segundo o *Management of the Diseases of Mesenteric Arteries and Veins - Clinical Practice Guidelines of the European Society of Vascular Surgery (ESVS)*, foram realizados meta análise de artigos não randomizados que compararam revascularização aberta versus endovascular para isquemia mesentérica aguda arterial no qual mostraram um benefício para a terapia endovascular em comparação com cirurgia aberta em termos de taxas inferiores de ressecção do intestino e redução da mortalidade nos primeiros 30 dias. A taxa de mortalidade após terapia endovascular foi de 17,2% (367/2131), comparado com 38,5% após cirurgia aberta (1582/4111). Esses estudos mostraram menor frequência de ressecção intestinal e menores taxas de mortalidade a curto e a longo prazo após abordagem endovascular em comparação com a terapia cirúrgica aberta para oclusão trombótica aguda [5].

CONCLUSÃO

O caso relatado indica a possibilidade de tratamento endovascular em isquemia mesentérica superior desde que diagnosticado precocemente e sem sinais de necrose intestinal. Mesmo assim, são necessários novos estudos para maior casuística e melhor indicação dessa técnica cirúrgica minimamente invasiva evitando-se, portanto, a laparotomia exploradora.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Paterno F, Longo WE. The etiology and pathogenesis of vascular disorders of the intestine. *Radiol Clin North Am.* 2008;46(5):877-85.
- [2] Montgomery RA, Venbrux AC, Bulkley GB. Mesenteric vascular insufficiency. *Curr Probl Surg.* 1997;34(12):943-1025.
- [3] RUTHERFORD, Robert B. *Vascular Surgery*. 4. ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1995. 2068 f. 2 v. (1275).
- [4] Acosta S. Mesenteric ischemia. *Curr Opin Crit Care* 2015;21(2):171e8.
- [5] MANAGEMENT OF THE DISEASES OF MESENTERIC ARTERIES AND VEINS: clinical practice guidelines of the european society of vascular surgery (esvs), european Society of vascular surgery, abr. 2



Figuras 1a . Tomografia de abdome e pelve com contraste intravenoso. 1a apresenta corte sagital evidenciando tronco celíaco (seta azul) sem estenoses e AMS (seta vermelha) com falha de enchimento e redução da luz após sua emergência.